

令和8年度
札幌市前立腺がん検査（P S A検査）
（医療機関委託）
実 施 要 領

令和8年4月
札 幌 市 保 健 福 祉 局

目 次

○ 札幌市前立腺がん検査（P S A検査）実施要領	1
1 目的	1
2 対象者	1
3 実施機関	1
4 検査料・受診者負担額	1
5 受診者負担額の免除	2
6 検査内容等	2
7 検査結果の通知	3
8 精密検査の実施及び札幌市への結果報告	3
9 検査料等の請求	5
10 検査料等の支払	6
11 実施期日	6
12 偶発症発生時の報告	6
13 請求及び問い合わせ先	6
○ 前立腺がん検査（P S A検査）Q&A	7
～よくある問い合わせをまとめました。お問い合わせの前にご一読ください～	
○ 請求書等の記載例	13
・様式1（前立腺がん検査請求書）	13
・様式2（前立腺がん検査票兼請求明細書）	14
・様式3（前立腺がん検査精検結果連絡費請求書）	15
・様式4（前立腺がん検査精検結果連絡票）	16
・様式5（偶発症発生報告書）	17
・様式6（前立腺がん検査（P S A検査）に係る利益と不利益に関する説明書兼同意書）	18
○ 前立腺がん検査（P S A検査）結果通知書（参考－1）	20
○ 検診等の請求に関わる事項の変更届	21
○ 請求書等の注文F A X様式	22
～ご注文は、できる限りF A Xでお願いします～	